

電話番号	児童との続柄
------	--------

【裏面をご確認ください】

2、介護(看護)の詳細

①在宅介護(看護)の場合(別居含む)

介護(看護)を始めた年月日		年		月		日							
被介護(看護)者の状況		☐ 障がい(障害者手帳等のコピー添付)						☐ 疾病等(診断書の添付)					
		病名・障がい名()											
介護(看護)の具体的内容	食事	☐ 1人でできる		☐ 一部介助		☐ 全介助							
	衣服の着脱	☐ 1人でできる		☐ 一部介助		☐ 全介助							
	入浴	☐ 1人でできる		☐ 一部介助		☐ 全介助							
	排せつ	☐ 1人でできる		☐ 一部介助		☐ 全介助							
	移動	☐ 1人でできる		☐ 一部介助		☐ 全介助							
介護サービスの利用 (デイサービス等)	利用の有無	☐ 有	1ヶ月	回	/	時	分	～	時	分			
			1ヶ月	回	/	時	分	～	時	分			
			1ヶ月	回	/	時	分	～	時	分			
		☐ 無											
	通所方法	☐ 保護者が送迎						☐ 施設等が送迎					
介護(看護)の日数・時間	介護(看護)にあたっている日数						1週間あたり				日		
	通院・通所に付き添う日数						1週間あたり				日		
	1日のうち介護(看護)に関わっている時間						平均				時間		
高齢者福祉課等との連携		☐ 無 ☐ 有											

②入院(入所)の付き添いの場合

入院(入所)施設名	(施設種類: ☐ 病院 ☐ 福祉施設 ☐ その他)											
入院(入所)期間		年	月	日	～		年	月	日			
付き添い時間		時	分	～		時	分	/	週		回	
		時	分	～		時	分	/	週		回	
		時	分	～		時	分	/	週		回	
付き添い内容(詳細に)												

③通院・通園・通学等の付き添いの場合

1	施設名	(施設種類: ☐ 病院 ☐ 学校等 ☐ 障がい者(児)通所施設 ☐ その他)											
	付き添い等時間		時	分	～		時	分	/	週		回	
2	施設名	(施設種類: ☐ 病院 ☐ 学校等 ☐ 障がい者(児)通所施設 ☐ その他)											
	付き添い等時間		時	分	～		時	分	/	週		回	
3	施設名	(施設種類: ☐ 病院 ☐ 学校等 ☐ 障がい者(児)通所施設 ☐ その他)											
	付き添い等時間		時	分	～		時	分	/	週		回	
移動手段		☐ 保護者が送迎 ☐ 施設等が送迎 ☐ その他()											
付き添い内容(詳細に)													

④その他

介護(看護)に関わっている 時間等		時	分	～		時	分	/	週		回
		時	分	～		時	分	/	週		回
		時	分	～		時	分	/	週		回
介護(看護)内容(詳細に)											

3、その他、特に留意すること

※記載してある内容が事実と異なる場合には、保育園等への入所を取り消します。

※諏訪市職員が電話や訪問により申告内容を確認することがありますので、予めご了承ください。

※この証明は、保育所入所等要件を確認する以外の目的で使用することはありません。